

介護人材再就職準備金 業務従事期間証明書

借受人氏名	
従事施設名	
業種・役職名	
具体的な業務内容	
雇用形態	常勤 ・ 非常勤（週月 日間勤務） ・ その他（ ）

従事を証明する期間 〔令和 年度分〕	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
休職期間 (有・無)	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (休職理由：)

非常勤勤務者用	ひと月毎の業務従事期間	勤務日数	ひと月毎の業務従事期間	勤務日数
	月 日 ～ 月 日	日	月 日 ～ 月 日	日
	月 日 ～ 月 日	日	月 日 ～ 月 日	日
	月 日 ～ 月 日	日	月 日 ～ 月 日	日
	月 日 ～ 月 日	日	月 日 ～ 月 日	日
	月 日 ～ 月 日	日	月 日 ～ 月 日	日
	月 日 ～ 月 日	日	月 日 ～ 月 日	日
	非常勤勤務としての従事期間中の勤務日数 合計 _____ 日間			

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

法人又は施設名

理事長又は施設長名

印

備考

- 「雇用形態」「休職期間」欄については、該当項目に○印を付すこと。
- 休職又は停職期間がある場合、期間を証明する書類(医師の診断書等の写し)を添付すること。
- 「理事長又は施設長名」欄の印は、個人印ではなく公印を押してください。